

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1923-1924 — N° 121

Contribution à l'étude
des Kystes épidermiques
de la face palmaire
de la main et des doigts

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES RACLE

né le 28 Octobre 1887, à Oyonnax (Ain)



VIENNE

HENRI MARTIN, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

12 et 12 bis, place du Palais

—
1924

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES
KYSTES ÉPIDERMIQUES
DE LA FACE PALMAIRE DE LA MAIN
ET DES DOIGTS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1923-1924 — N° 121

Contribution à l'étude des
Kystes épidermiques
de la face palmaire de la main et des doigts

— — —
T H È S E

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES RACLE

né le 28 Octobre 1887, à Oyonnax (Ain)



Vienne

HENRI MARTIN, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

12 et 12 bis, place du Palais

—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE
 LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. BARD
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	{	TIXIER
Clinique ophtalmologique		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET
Clinique des maladies des enfants	{	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	{	WEILL
Clinique des maladies des voies urinaires		VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	{	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET
Chimie biologique et médicale	{	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET
Matière médicale et Botanique	{	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL
Anatomie	{	BRETIN
Histologie		GUIART
Physiologie	{	LATARJET
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	{	DOYON
Anatomie pathologique		COLLET
Chirurgie opératoire	{	MOURIQUAND
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		PAVIOT
Médecine légale	{	X.
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	{	Etienne MARTIN
Pharmacologie		COURMONT (P.)
		PIC
		X

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL
Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN
Chirurgie expérimentale	LERICHE
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTIE	CORDIER (V.)	MAZEL
THEVENOT (Léon)	DUROUX	ROUBIER	SANTY
GARIN	TRILLAT	FAVRE	DUNET
SAVY	SARVONNAT	BONNET	CHALIER (André)
FROMENT	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX	LEULIER	NOËL
PIERY			CORDIER (Pierre)

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, président ; SANTY, assesseur ;
 MM. DUNET, et CHALIER A., agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE,

A MA FEMME,

A MES ENFANTS,

A MES PARENTS ET A MES AMIS.

Monsieur le Professeur BÉRARD, professeur de clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, officier de la Légion d'honneur, nous a permis de prendre des documents dans son service. Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir l'hommage de notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur agrégé DUNET nous a communiqué obligeamment l'examen histologique de notre observation. Nous l'en remercions vivement.

*Nous adressons notre souvenir reconnaissant
A nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Lyon,
A nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris.*

Monsieur le Docteur WERTHEIMER, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, a bien voulu nous donner notre observation, revoir les points principaux et les conclusions de notre thèse. Il a droit à tous nos remerciements.

Monsieur le Docteur J. COLOMBET, ancien interne des Hôpitaux de Lyon, a bien voulu s'intéresser à nous dans le cours de nos études et nous donner ses conseils. Nous lui en exprimons toute notre reconnaissance,

I

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de clinique de Monsieur le Professeur Bérard un kyste épidermique de la main gauche. Ce malade fut opéré par Monsieur le docteur Wertheimer, chef de clinique, et la pièce a été examinée au point de vue histologique par Monsieur le professeur agrégé Dunet, chef de laboratoire.

Cette observation assez complète nous a incité à en rechercher d'autres. Aucun des chirurgiens lyonnais que nous avons consultés n'a pu nous fournir de documents, et c'est dans la littérature médicale, et, en particulier, dans la thèse de M. Hazera et dans celle de M. Pinsolle, de Bordeaux, que nous avons pu surtout nous documenter.

La bibliographie se trouve mise à jour dans ces deux thèses et dans un article récent de M. Métivet, paru dans la Presse médicale du 10 avril 1919. Nous n'avons pas cru devoir recopier cette bibliographie, vou-

lant simplement dans notre travail apporter un document clinique nouveau et personnel, susceptible de s'ajouter aux travaux signalés dans les ouvrages précédents.

Les kystes épidermiques de la paume de la main et de la face palmaire des doigts se rencontrent assez rarement, nous avons pensé qu'il était intéressant de publier notre observation. Cette étude nous permettra de tirer de ce cas, assez semblable à ceux qui ont déjà été signalés, les conclusions étiologiques, cliniques et histologiques qui formeront à la suite de notre observation une revue générale et un résumé de la question.

II

OBSERVATION

1° Observation

V. Michel, 52 ans, cultivateur, entre salle St-Sacerdos à l'Hôtel-Dieu, le 3 avril 1924. Il a toujours joui d'une bonne santé. En 1897, il a été atteint d'une otite double, qui lui a laissé de la surdité du côté droit ; il a eu une fracture du coude en 1922. Il y a quinze ans, à l'âge par conséquent de 37 ans, ce malade vit apparaître, au niveau du tendon de l'adducteur du pouce gauche, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, qui dans la suite passa par des périodes de diminution et d'augmentation de volume, sans que cette nodosité eut pour conséquence des troubles fonctionnels dignes d'être signalés. « Cette tumeur roulait sous la peau, comme une bille », dit le malade. Mais en novembre 1923, elle acquit le volume d'une grosse noix, s'éten-

dant vers l'éminence thénar, et sa présence devint gênante pour son travail.

L'appui de manches d'outils dans la main devint douloureux et c'est alors que V. se décida à consulter un médecin.

A l'interrogatoire, V. déclare qu'il se sert journellement d'outils dont le manche frotte contre la peau de la main. Celle-ci est d'ailleurs un peu calleuse. Le traumatisme à répétition journalière est très net dans ce cas. On ne relève par ailleurs ni plaie, ni piquûre, ni ulcération dignes d'être signalées.

A l'examen, la tumeur elle-même située au niveau du tendon de l'adducteur du pouce gauche est du volume d'une noix. Par suite de la brusque augmentation de volume du kyste la peau est tendue, est mince, et, tout autour de la tuméfaction, il y a une zône cutanée dure, épaissie, calleuse.

Le 3 avril 1924, M. le docteur Wertheimer fait, sous anesthésie locale, l'ablation de la tumeur en bloc et suture les deux lèvres de la plaie.

2° Examen Histologique

1) EXAMEN MACROSCOPIQUE. — La pièce au point de vue macroscopique se compose d'un kyste à paroi épaisse d'un à deux millimètres environ avec des adhérences à la peau palmaire sur une petite zône. A l'ouverture, la paroi interne présente un aspect bleuâtre, lisse, non végétant. Le contenu est représenté par une substance jaunâtre de consistance plutôt épaisse ayant tout à fait l'aspect de la matière sébacée, onctueuse au tou-

cher. Pas d'adhérences aux organes du voisinage, la peau exceptée.

2° — EXAMEN MICROSCOPIQUE. — M. le professeur agrégé Dunet a examiné la pièce au point de vue histologique ; en voici le résultat : la paroi interne du kyste est constituée par un revêtement épithélial qui est absolument comparable au revêtement cutané. En effet les éléments épithéliaux ordonnés en plusieurs strates forment à la partie profonde une couche basilaire constituée par des cellules allongées à protoplasma restreint. Les éléments sus-jacents présentent le caractère pavimenteux des cellules de la couche malpighienne avec leurs filaments d'union caractéristiques.

Plus profondément apparaissent des cellules à noyaux aplatis présentant à leur intérieur des granulations d'éléidine ; à ces cellules font suite des cellules aplaties, transparentes, lamelliformes, à noyau en voie de disparition, desquamant à l'intérieur du kyste sous forme de squames cornées.

III

DÉFINITION

Le kyste épidermique est une petite tumeur dont la paroi est constituée par une couche d'épithélium de nature épidermique et qui est souvent entourée sur sa face externe d'une coque conjonctive. Son contenu est formé par le produit de desquamation des couches superficielles de l'épiderme, c'est-à-dire par des cellules cornées.

IV

HISTORIQUE

Ces néoformations, méconnues pendant longtemps, sont étudiées depuis une soixantaine d'années. Appelées diversement par les auteurs qui les premiers les observèrent, leur nom n'était pas toujours justifié par leurs caractères histologiques. Elles furent qualifiées par les uns de tumeurs perlées, par les autres de kystes sébacés et de kystes sudoripares. Puis, suivant l'étiologie qu'ils attribuèrent à ces tumeurs, certains auteurs les appelèrent kystes dermoïdes, d'autres, kystes épidermiques.

Les premières observations de kystes épidermiques des doigts remontent à 1866 et sont dues à Rizet. A partir de cette époque plusieurs communications furent faites aux différentes Sociétés de médecine par Muron, Troquart, de Bordeaux, Gross, de Nancy, Guermomprez, de Lille, J. Reverdin, de Genève, D. Mollière et A. Poncet de Lyon, Chaput et Guillemot, de Paris.

Citons aussi les travaux expérimentaux de Masse et de R. le Fort en France, de Hülke, de Rothmund et de Kauffmann en Allemagne, de Poland et de Johnson en Angleterre. Signalons enfin les articles parus dans des journaux médicaux, de Bouchet, de Camus, celui déjà cité de Métivet, et les thèses de Demay, de de Many, de Hezera et de Pinsolle, nous avons déjà nommé ces deux derniers auteurs

ÉTIOLOGIE ET CLINIQUE

Au point de vue clinique, le kyste est généralement unique ; du volume d'une tête d'épingle au début, il peut atteindre le volume d'une grosse noix, comme nous le signalons dans notre observation personnelle. Les kystes du creux de la main deviennent, en général, plus gros que ceux des éminences thénar ou hypothénar, ou que ceux des doigts, parce que dans le creux de la main ils ne rencontrent aucune résistance à leur évolution. Ces kystes siègent en général à la face palmaire de la main ; dans un seul cas cité par Reverdin, un kyste épidermique indiscutable siégeait à la face dorsale du pouce ; cette localisation élective au niveau de la face palmaire s'explique aisément, si on fait intervenir, comme cause d'apparition du kyste, l'irritation locale quotidienne d'un des points de pression de la main. Dans la main même, c'est la face palmaire des doigts qui est le siège le plus habituel, et d'après les au-

teurs que nous avons consultés, les doigts seraient atteints dans l'ordre de fréquence suivant : l'index d'abord, puis le médius, le pouce, l'annulaire et enfin l'auriculaire. Pour Hazera et d'après la statistique qu'il a publiée ce serait le médius qui serait le plus souvent atteint. Aux doigts, c'est au niveau de la troisième phalange que se trouve le lieu d'élection et la main droite présente des kystes plus fréquemment que la main gauche, ce qui se comprend encore, si on admet l'irritation mécanique comme cause, la plupart des travailleurs étant droitiers.

Généralement sphériques dans les observations que nous avons lues, on les signale parfois comme ovalaires et allongés dans le sens des phalanges. On en a même signalé en bissac (Heydenreich in thèse de Lalitte). Leur conformation est conditionnée par l'épaisseur plus ou moins grande du derme qui les bride et peut les mouler sur les régions profondes.

Dans certains cas leur aspect est lisse, leur consistance molle, presque fluctuante ; dans d'autres cas leur aspect est blanc nâcré, leur consistance plus ferme. Cette consistance variable peut dépendre de leur constitution. On peut rencontrer en effet des kystes à paroi mince et à contenu relativement abondant, ou des kystes à paroi épaisse et de faible contenance.

Toujours le contenu de ces poches est une véritable bouillie analogue à celle des kystes sébacés. On ne rencontre jamais dans leur cavité de fragments osseux, de dents ou de poils.

La tumeur adhère assez souvent à la face profonde du derme par un pédicule plus ou moins net, elle peut

adhérer parfois à une cicatrice du tégument. Chez le malade qui a donné lieu à notre observation, il y avait adhérence d'une partie du kyste à la peau de la main. Mais si ces kystes épidermiques sont ainsi adhérents au derme, rarement ils le sont à la gaine des tendons sous-jacents et le plus souvent ils glissent entre les plans sus et sous-jacents. N'étant en connexion intime ni avec les tendons, ni avec le squelette, ni avec les vaisseaux, les articulations ou les nerfs, on conçoit qu'ils soient parfaitement tolérés et que, notamment dans notre observation, le malade ait pu travailler pendant quinze ans sans éprouver aucune gêne fonctionnelle de la main gauche.

La paroi du kyste est généralement mince et blanchâtre. Lorsqu'elle est adhérente par sa périphérie et par endroits, elle présente là des épaisissements. Cette paroi est formée de deux couches : une externe conjonctive, une interne épithéliale.

La couche conjonctive est formée de fibres conjonctives avec cellules allongées et quelques leucocytes. On y a rencontré des papilles, puis quelques petits groupes cellulaires pourvus d'un noyau, d'un protoplasma granuleux et qui sont disposés en cercle de façon à ménager au centre un petit espace libre. Il est difficile de savoir si ce sont des coupes de vaisseaux enflammés ou des glandes en voie d'atrophie.

La couche épithéliale est appliquée directement sur la couche conjonctive et est en rapport avec le contenu. Elle comprend le corps muqueux de Malpighi et la couche cornée. Le corps muqueux de Malpighi est lui-même constitué par la couche basilaire ou couche généra-

trice, le corps muqueux de Malpighi, la couche granuleuse, la couche transparente, la couche cornée qui est ici beaucoup plus épaisse qu'elle ne l'est normalement au niveau de la peau.

On peut se trouver en présence de variations dans la constitution de la paroi : La couche conjonctive ou la couche épithéliale peuvent manquer. Celle-ci sera réduite à la couche cornée ou à la couche de Malpighi. La membrane enveloppante peut aussi ne présenter la structure de la peau que dans une partie de son étendue (Nicaise). Le reste sera formé par une membrane cellulo-fibreuse, recouverte d'un épithélium pavimenteux ne ressemblant pas à l'épiderme. Dans ce cas il y a inclusion d'un lambeau cutané et non d'un cul-de-sac dont les produits de sécrétion refoulant les tissus voisins, constituent au kyste une paroi formée en partie par des éléments de la peau, en partie par du tissu cellulo-fibreux.

L'âge de la plus grande fréquence des kystes des doigts et de la main est de 20 à 30 ans d'après les statistiques, et c'est surtout dans le sexe masculin qu'ils s'observent. Dans notre cas, c'est vers 37 ans qu'est apparue la petite tumeur. C'est dans les professions manuelles que l'on trouve des cas semblables ; notre malade était un cultivateur maniant les instruments agricoles. Il faut signaler également qu'au début il n'y a pas en général de plaie ou d'ulcération. Il s'agit plutôt de contusions sans plaie, de frottements répétés ayant porté exactement à l'endroit où apparaît alors la tumeur. Les traumatismes minimes mais reproduits souvent jouent un rôle plus important que des trau-

matismes plus violents. A la suite de ceux-ci, il peut se produire en effet une hémorragie ou une suppuration, qui l'une et l'autre chasseront de la plaie le lambeau épidermique qui aurait pu s'y inclure.

VI

PATHOGÉNIE

Le traumatisme agit donc dans la production du kyste épidermique, mais de quelle façon ? Ces kystes seraient formés pour les uns par rétention dans les glandes, d'autres admettent l'origine congénitale, d'autres le cholestéatome, d'autres enfin la théorie par inclusion épidermique.

Nous citons les cholestéatomes pour mémoire, car les différences histopathologiques entre eux et les kystes épidermiques sont trop grandes pour qu'il puisse y avoir confusion. Ce sont des tumeurs dures en effet et elles sont constituées par des lobules épithéliaux formant de petites perles régulièrement arrondies et isolées par du tissu conjonctif très dense. De plus leur centre subit une fonte caséuse et parfois une transformation purulente, et ces tumeurs histologiquement bénignes se comportent habituellement comme des tumeurs malignes.

Théorie glandulaire

THÉORIE SUDORIPARE. — Demay, dans sa thèse de 1881, admet l'origine sudoripare des kystes que nous étudions. Cette théorie est démentie par l'histologie. L'épithélium sudoripare n'est pas le même que celui des kystes épidermiques ; il ne présente pas comme celui-ci de cellules cornées ; de plus le contenu du kyste sudoripare est liquide et transparent.

THÉORIE SÉBACÉE. — D'autres auteurs, en particulier Küster, incriminent les glandes sébacées ; mais comme il n'y a pas de glandes sébacées dans la paume de la main, cette théorie ne peut pas être soutenue. Hülke toutefois prétendait que des glandes sébacées, entraînées sous la peau par un traumatisme, pouvaient parfaitement être le point de départ d'un kyste épidermique.

Théorie congénitale

Ces kystes sont-ils alors des kystes congénitaux ? Guermompres, Lalitte dans sa thèse de 1885, se sont faits les défenseurs de cette opinion. Le kyste serait pour eux d'origine congénitale, car, disent-ils, les malades qu'ils ont opérés ne se souvenaient pas d'avoir subi de traumatisme à l'endroit où se trouvait leur kyste, on n'y constatait d'ailleurs pas de cicatrice. De plus certains de leurs malades présentaient sur une autre région du corps, le lobule de l'oreille dans un cas, une tumeur de même nature. Ces auteurs voient dans l'apparition, à l'âge adulte, de ces kystes, une confirmation de leur

théorie. La peau subirait une sorte de poussée, la formation de l'épiderme serait plus abondante à ce moment de la vie, et, sous cette influence, un lambeau de peau qui se trouverait intercalé pour une cause quelconque au milieu des tissus sous-cutanés, se mettrait à végéter. Lalitte lui-même reconnaît, et Reverdin surtout, qui s'est élevé contre la théorie absolue de l'origine congénitale de ces formations, déclare qu'il est difficile d'admettre l'inclusion fœtale pour les doigts qui sont des organes développés par bourgeonnement, et pour les mains qui ne sont pas une région favorable à un enclavement épidermique. Il n'y a pas là de fentes primitives qui disparaissent par soudure.

Théorie traumatique

Reste la théorie traumatique.

C'est celle qui séduit le plus facilement l'esprit, et c'est à elle que notre observation semble apporter une nouvelle confirmation. Une contusion, une érosion, une blessure introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané une parcelle d'épiderme ; ce sera l'élément générateur du kyste et expérimentalement il est facile de produire des invaginations sous-dermiques par traumatisme. Rothmund en 1872 avait émis l'hypothèse que les tumeurs composées de cellules épidermiques, de même que les kystes séreux que l'on rencontre dans l'iris, sont toujours consécutifs aux traumatismes intéressant soit la cornée seule, soit la cornée et la peau du voisinage de l'œil. — Masse fit des expériences sur l'œil du lapin et reproduisit ces tumeurs. Puis il reproduisit

des kystes dermoïdes en introduisant des fragments de tissus ou de membres de rats dans la cavité péritonéale d'autres rats. — Sur le cadavre, Labougle réussit à produire, par des traumatismes minimes, des invaginations sous-dermiques d'épiderme. — R. le Fort reprit ces expériences pour aboutir aux mêmes résultats. Il concluait que, dans ces recherches expérimentales, seul l'épiderme était refoulé; que les fragments cutanés se détachaient plus facilement au niveau de la main que nulle part ailleurs, que le fragment cutané pouvait n'être pas complètement arraché et qu'il pouvait avoir gardé ses rapports profonds et avoir conservé ses vaisseaux, ses nerfs et même ses glandes. Cette particularité expliquerait donc les cas où le kyste est mobile avec la peau. Le Fort avait vu qu'un traumatisme pouvait produire l'arrachement d'un lambeau plus épais qui était susceptible d'entraîner des fragments de glandes sudoripares. C'est une explication de la présence des cellules glandulaires constatées dans la paroi de certains kystes, présence sur laquelle certains auteurs, et notamment Demay, avaient fondé leur théorie de l'origine sudoripare des kystes de la main.

Il ne faudrait pas croire que seule la main est le siège des kystes épidermiques ; nous citerons pour mémoire la communication du Professeur Dubreuilh de Bordeaux, dans les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Il rapporte un cas de kyste du sourcil dont l'observation a été publiée par M. Rollet, en 1894, dans la Revue de chirurgie. Il s'agit d'un homme qui à la suite d'une chute eut une plaie du sourcil qui guérit.

Mais il persista au niveau de la cicatrice une petite tumeur grosse comme un pois. Cette tumeur devenant plus volumineuse, le malade se fit opérer. Il y eut une première récurrence de la grosseur trois ans après l'opération, puis une deuxième deux ans après la seconde intervention. Elle fut de nouveau extirpée, et à l'examen elle offrit les caractères des kystes épidermiques. Dubreuilh signale aussi l'apparition d'un kyste de même nature dans le bras à la suite d'une opération sur le nerf radial. L'observation est due à Neugebauer. Un homme de 18 ans avait son nerf radial comprimé par une cicatrice. Plusieurs fois Neugebauer chercha à dégager le nerf, mais sans succès. Il l'enveloppa alors d'un lambeau épidermique avant de refermer la plaie. Il persista dans la cicatrice une ouverture fistuleuse par où sortait une substance puriforme formée de cellules épithéliales cornées. Un kyste épidermique s'était donc constitué.

On signale encore ces tumeurs à la cuisse, à la suite de coups de pied de cheval ; sur le prépuce à la suite de la circoncision (Trzébicky).

Et la pathologie vétérinaire, elle aussi, (Crigel cité par Labougle) note des faits analogues, dans l'espèce animale, de kystes survenus à la suite de traumatismes, kystes des joues du bœuf consécutifs à des coups de corne, kystes chez les chiens à la suite de morsures.

Mais les mains sont plus exposées que n'importe quelle autre partie du corps aux traumatismes. Leurs tissus sont plus résistants, limitent la pénétration des instruments piquants. Et comme les lèvres de la plaie restent en contact et se réunissent d'autant plus faci-

lement à la surface que la peau y est plus vascularisée l'épiderme entraîné dans la plaie y reste inclus.

Le fait que l'on a signalé des kystes ailleurs qu'à la paume de la main n'est pas forcément en faveur de la théorie congénitale, car dans les observations que nous avons signalées, nous relevons tout de même le traumatisme comme cause ayant pu occasionner de pareils kystes.

D'ailleurs dans les 88 observations que nous avons lues, se rapportant à des kystes observés soit à la paume de la main, soit aux doigts, nous avons relevé 48 cas où le traumatisme était très net.

De plus, dans les observations rapportées par les auteurs partisans de la théorie congénitale, nous remarquons que les porteurs de kystes ont subi des traumatismes à l'endroit où leur kyste s'est développé par la suite. C'est ainsi que dans l'observation d'Heydeureich, rapportée dans la thèse de Lalitte, le malade ajusteur de son métier, avait constamment le marteau en main. Il subissait donc des traumatismes répétés. Le malade auquel se rapporte l'observation de Rizet, cité par le même auteur, était forgeron et travaillait le plus souvent de la main gauche. Le kyste dont il fut opéré avait pour siège cette même main gauche. Quant à l'homme qu'opéra Guermomprez pour un kyste du médius droit et dont il communiqua l'observation à la Société anatomo-clinique de Lille en 1887, c'était un typographe, sujet par conséquent à subir de menus traumatismes des doigts en prenant des caractères d'imprimerie.

Nous ne voulons pas multiplier les exemples. Mais

il nous semble bien que les données cliniques apportent une confirmation à la théorie de l'inclusion traumatique.

VII

ÉTUDE CLINIQUE

Si on a l'attention attirée sur les kystes épidermiques et c'est un peu le but de notre thèse, le diagnostic en est assez facile, mais si on ignore cette affection il est évident que le véritable diagnostic passe le plus souvent inaperçu. Il s'agit en somme d'un nodule indolore, ne déterminant pas de troubles fonctionnels, situé à la face palmaire d'un doigt ou de la main irrités journellement par des instruments. Une caractéristique clinique est le degré de tolérance considérable, presque complète, de cette nodosité à son apparition et pendant plusieurs années, à tel point que, dans la plupart des observations que nous avons consultées, on voit les malades continuer leurs travaux manuels très longtemps jusqu'au jour où un point d'irritation ou d'inflammation au niveau du kyste provoque la douleur et les invite à consulter un médecin.

Cette tumeur de volume variable est le plus souvent lisse et régulière, élastique et rénitente, tantôt mobile et tantôt légèrement adhérente aux plans superficiels, mobile transversalement et n'obéissant pas au jeu de va et vient des tendons. L'évolution est lente, très lente puisque dans notre observation l'apparition remonte à quinze ans. Rarement cette tumeur s'accompagne d'infection et d'inflammation. Quelquefois on a signalé une ulcération au sommet de la tumeur, mais il s'agit en ce cas d'une ulcération secondaire par infection locale surajoutée, car les auteurs qui ont signalé comme forme clinique, la forme ulcéreuse et la tumeur inflammatoire, ont pris en réalité les complications du kyste pour ses manifestations normales. Il n'y a jamais de réaction ganglionnaire de voisinage.

Ces considérations étant faites, les principales affections pouvant constituer une cause d'erreur sont les tumeurs à point de départ osseux, périostique ou cartilagineux. Les ostéomes sont rares à la main ; ils seraient consécutifs à une fracture, de plus ils seraient fixés quand le muscle se contracterait. Les chondromes que l'on rencontre plus souvent sont immobiles sur le squelette et sont bosselés. Le spina ventosa boursouffle régulièrement l'os. Au surplus la radiographie permettra de les éliminer. Les kystes synoviaux qui sont d'ailleurs rares à la face palmaire de la main ne contractent pas d'adhérences avec la peau. Ils sont adhérents aux couches profondes et sont déplacés et modifiés de volume par les mouvements des tendons.

La synovite à grains riziformes donne un bruit de chaînon à la palpation. La synovite fongueuse donne

une sensation spéciale, pâteuse, fluctuante. L'une et l'autre occupent surtout les gaines de la main. La surface libre de la poche est criblée de petits nodules du volume d'un grain de semoule, translucides ou à centre jaunâtre. Ce sont des grains tuberculeux en voie de destruction et d'élimination. La couche conjonctive est œdématisée, lardacée. Le début de ces synovites peut être insidieux, mais assez vite une douleur modérée apparaît et les mouvements sont gênés d'une façon précoce. Enfin, si on laisse évoluer l'affection, on arrive à avoir des attitudes vicieuses par rétraction musculaire, des trajets fistuleux peuvent s'établir, il y aura réaction ganglionnaire et retentissement sur l'état de santé du malade.

Les fibromes qui sont assez fréquents dans cette région sont sous-cutanés, mais ce sont des tumeurs très dures n'adhérant pas à la peau et adhérant aux parties profondes par un pédicule. Il est vrai que ce pédicule peut ne pas être constaté et de même que les kystes épidermiques, les fibromes ne causant qu'une gêne relative, le diagnostic est plus difficile à établir entre ces deux affections qu'entre les kystes et d'autres tumeurs. Les lipomes ont une consistance moindre que les fibromes et sont bosselés. D'autres tumeurs plus rares, les carcinomes et les cancroïdes ont un retentissement ganglionnaire et sont douloureuses. De même les névromes se manifesteront surtout par des douleurs très vives. Les kystes sébacés seront facilement éliminés par la notion de leur impossibilité anatomique au niveau de la paume de la main. Les tumeurs vasculaires, anévry-

smes et angiomes sont également rares à ce niveau. Elles peuvent présenter des souffles et des battements.

Quant aux kystes sudoripares on en connaît peu de cas. Il existe une observation de Chavasse. Enfin les gommès syphilitiques, signalées par Gallois en 1901, ne sont pas fréquentes ; elles sont d'ordinaire bilatérales et apparaissent simultanément en d'autres régions.

VIII

ÉVOLUTION

L'évolution de ces tumeurs est bénigne, et si on a signalé quelques cas de dégénérescence on peut dire qu'il s'agit là de faits exceptionnels.

Franke signale un cas de transformation carcinomateuse et Camus un cas de transformation sarcomateuse. La croissance de ces tumeurs est lente avec des périodes d'aggravation et des périodes de tolérance. La gêne fonctionnelle est très tardive et coïncide soit avec l'apparition de phénomènes inflammatoires au niveau de ces tumeurs, soit avec une érosion des téguments.

D'ailleurs l'évolution prend généralement fin à ce moment, car le malade gêné par la tumeur consulte un médecin qui préconise en tout état de cause l'ablation du kyste.

IX

TRAITEMENT

La thérapeutique des kystes épidermiques est simple. Leur caractère superficiel, l'extrême rareté des adhérences aux plans profonds, l'absence de rapports anatomiques dangereux expliquent que leur ablation ne comporte pas le moindre risque. De telles tumeurs doivent être enlevées en masse par dissection de leur paroi et la guérison par une telle méthode est toujours définitive. La récurrence n'a jamais été signalée.

CONCLUSIONS

1° On peut observer, au niveau de la face palmaire de la main et des doigts, des tumeurs bénignes développées aux dépens des éléments constitutifs de la peau et qui sont qualifiées de kystes épidermiques.

2° Les kystes épidermiques de la paume de la main et de la face palmaire des doigts sont constitués par un épithélium de nature épidermique le plus souvent limité en dehors par une coque conjonctive. Leur contenu est formé par le produit de la desquamation des couches superficielles de l'épiderme, c'est-à-dire par des cellules cornées.

3° Les kystes épidermiques semblent avoir pour cause initiale une inclusion de l'épiderme provoquée par un traumatisme ; la théorie sudoripare est infirmée par l'examen histologique ; la théorie congénitale n'est pas démontrée par le fait que des kystes épidermiques ont été observés en d'autres points que la paume de la main. En effet, dans les localisations autres que celle-ci, on peut également retrouver une étiologie traumatique.

4° Il s'agit de kystes par inclusion, celle-ci étant limitée strictement à l'épiderme.

5° Ils constituent des kystes dont la localisation palmaire et digitale est à peu près exclusive.

6° Les caractères cliniques de ces kystes sont la mobilité sur les plans profonds, la lenteur de l'évolution sujette à poussées successives, l'indolence, la prédominance dans le sexe masculin et dans les professions manuelles.

7° Le traitement consiste dans l'ablation chirurgicale de ces tumeurs.

VU :

Le Doyen,
Jean LÉPINE.

Le Président de la thèse,
L. BERARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 Juin 1924.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université, . .
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY *Province médicale* 1891.
- BECELÆRE (Van) *Kystes dermoïdes du médius droit.*
Soc. anat. clin. de Lille 1887.
- BÉRIEL *Eléments d'anat. pathologique.*
- BOUCHET *Kyste traumatique du doigt. Soc. anat.*
Paris 1904.
- BRIGGS *Boston méd. and surg. journ.* 1895.
- BRANCA *Tégument externe et ses dérivés.*
- CABELLO *Thèse de Paris* 1897.
- CAMUS *Kyste face palm. des doigts. Soc. anat. Paris*
1904.
- CHAPUT ET GUILLEMOT *Soc. anatom. Paris* 1898.
- CHAVANNAZ *Soc. anatom. Bordeaux* 1897.
- CHAVASSE *Tumeur perlée de l'index. Revue méd.*
de l'Est 1883.
- DARIER *Précis de dermatologie.*
- DEMAY *Thèse de Paris* 1882.
- DUJARIER et LECÈNE *Presse médicale* 1904.
- DUBREUILH *W. Annales de dermat. et syphil.* 1907.
- FOLET *Echo médical du Nord* 1907.
- FRANKE *Wien Klin. Wochenschr.* 1890.

- GIBIER *Soc. anat. Paris* 1881.
Progrès médical 1892.
- GILETTE *Soc. méd. Paris* 1875.
- GIRONDE *Lyon médical* 1879.
- GARRÉ *Beitr. Zur. Klin. Chirurgie* 1894 Bd XI.
- GOURARI *Thèse de Paris* 1899.
- GROSS *Soc. méd. Nancy* 1884.
- GUERMOMPRESZ *Revue de méd. et de chir. de Paris* 1885.
- GUERMOMPRESZ et TOISON *Journal des soc. méd. de Lille* 1885.
- HAZERA *Thèse de Bordeaux* 1907.
- HEURTAUX *Article Kyste dermoïde du Diction. de méd. et de chir. pratiques.*
- JONNESCO *Soc. anat. Paris* 1888.
- KAUFFMANN *Virchow's archiv.* 1884.
- KUMMER *Archiv. prov. chirurg.* 1892.
- LABOUGLE *Thèse de Bordeaux* 1889.
- » *Arch. méd. et pharm. militaires* 1894.
- LALITTE *Thèse de Nancy* 1885.
- LANNELONGUE *Traité des Kystes congénitaux, Paris* 1886.
- LAURENT *Gazette méd. de Paris* 1890.
- LE FORT *Revue de chirurgie* 1894.
- MARIAU *Echo méd. du Nord* 1907.
- MASSE *Communication Acad. des sciences* 1881.
- *Communication Acad. des sciences* 1883.
- *Communication Congrès chir. français* 1885.
- *Kystes, tumeurs perlées. — Rôle du traumatisme et de la greffe dans la formation de ces tumeurs, Paris* 1889.

- MICAULT *Thèse de Nancy* 1883.
MÉTIVET *Presse médicale* avril 1919.
MURON *Bull. soc. anat., Paris* 1868.
DE MANNY *Thèse de Paris* 1894.
D. MOLLIÈRE et A. PONCET *Société des sciences médicales de Lyon* 1889.
NÉLATON *Eléments de petite chirurgie* 1855 T. II.
PÉRAIRE *Soc. anat. Paris* 1895.
— *Revue de chirurgie* 1892.
POIRIER *Du développement des membres. Thèse de concours* 1886.
PINSOLLE *Thèse de Bordeaux* 1913.
POLAILLON *Article doigt. Diction encyclopédique.*
— *Chirurgie du doigt* 1884.
POULET *Soc. chirurgie* 1886.
REVERDIN *Revue médicale de la Suisse romande* 1887.
RIZET *Archiv. gén. de médecine* 1866.
— *Gazette des hôpitaux* 1881.
TILLAUX *Chirurg. cliuiq. Paris* 1900.
— *Gazette des hopitaux* 1881.
TROQUART *Journal de méd. de Bordeaux* 1881.
VERCHÈRE *Soc. anat. Paris* 1885.
VERNEUIL *Archiv. gén. de méd.* 1855, T. II.
VILLAR *Bull. Soc. anat. Paris* 1885.
— *Bull. Soc. anat. Paris* 1887.



TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Observation	14
Examen histologique	14
— macroscopique	14
— microscopique	15
Définition	16
Historique	17
Etiologie et clinique	19
Pathogénie	24
Théorie glandulaire	25
Théorie sudoripare	25
Théorie sébacée	25
Théorie congénitale	25
Théorie traumatique	26
Etude clinique	31
Evolution	35
Traitement	36
Conclusions	37
Bibliographie	39



